

## **Скорая медицинская помощь (СМП) больным ОКС**

(фельдшерские и врачебные линейные бригады, специализированные кардиологические бригады)

### **Основные задачи:**

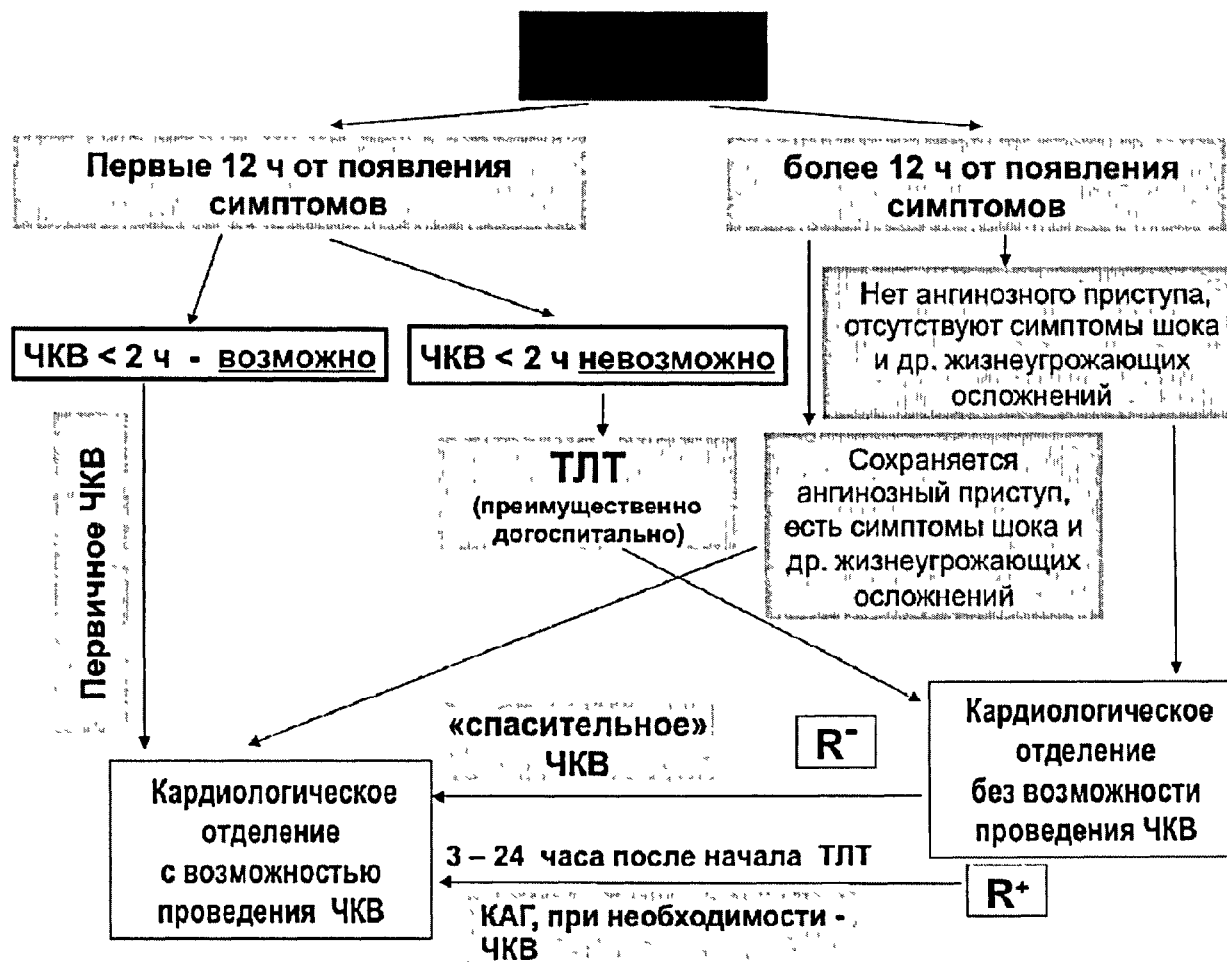
- 1) быстро, не более чем за 20 мин доехать до пациента;
- 2) быстро диагностировать (на регистрацию ЭКГ отводится не более 10 мин) и
- 3) на основе диагноза правильно определить направление эвакуации (госпитализации) и неотложной терапии;
- 4) провести необходимое лечение (ТЛТ должна начаться не позднее, чем через 30 мин от прибытия бригады СМП)
- 5) сообщить (позвонить) в стационар об ориентировочных сроках доставки больного с подозрением на ОКСпСТ (оптимальным временем от постановки диагноза бригадой СМП до проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) – раздувания баллона в коронарной артерии составляет 90 мин). После звонка стационар должен начать подготовку к приему пациента, при необходимости проведения ЧКВ оно должно быть проведено не позднее, чем через 60 мин от момента доставки пациента в стационар.

Каждая бригада СМП, в т.ч. фельдшерская, должна быть готова к проведению активного лечения больного ОКС. Двухступенная система, когда при подозрении на ИМ линейная бригада СМП вызывает на себя «специализированную», которая, собственно, начинает лечение и транспортирует больного в стационар, ведет к неоправданной потере времени. В крупных городах может быть 1-2 такие бригады, выполняющие консультативные функции, но основные задачи по лечению и транспортировке больных ОКС лежат на обычных линейных бригадах.

Любая бригада СМП, поставив диагноз ОКС, определив показания и противопоказания к соответствующему лечению, должна купировать болевой приступ, начать антитромботическое лечение, включая введение тромболитиков, а при развитии осложнений – необходимую терапию, включая мероприятия по сердечно-легочной реанимации.

## Направления госпитализации и тактика лечения у больных с ОКСпST

При подозрении на ОКС во всех случаях предпочтительна госпитализация в отделения с возможностью проведения ЧКВ, т.к. даже при отсутствии очевидных показаний к инвазивным вмешательствам на момент контакта с бригадой СМП, ситуация в любой момент может измениться. Представленная схема актуальна для случаев, когда нет возможности госпитализировать всех больных в инвазивный центр в приемлемые сроки.



$R^-$  отсутствуют признаки реперфузии в инфаркт-связанной артерии после ТЛТ  
 $R^+$  имеются признаки реперфузии в инфаркт-связанной артерии после ТЛТ

## Лечение неосложненного ОКС↑ST на этапе СМП

### **А. Базовая терапия**

- Купирование болевого синдрома. Для этой цели используют наркотические анальгетики, преимущественно морфин. Морфин разводят в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия и вводят внутривенно медленно по 2–4 мг. При необходимости препарат вводят повторно каждые 10–15 мин по 2–4 мг до достижения эффекта или возникновения побочных эффектов.

- Разжевать таблетку, содержащую 250 мг АСК.

- Принять внутрь тикагрелор (180 мг) или клопидогрел (300 мг; у больных старше 75 лет – 75 мг).

- Больным с сохраняющимся ангинозным синдромом, АГ, острым застоем в легких проводят в/в инфузию нитроглицерина с помощью устройств для в/в введения. Начальная скорость введения — 10 мкг/мин. Скорость постепенно увеличивают на 10 мкг/мин каждые 5–10 мин до появления реакции АД или улучшения симптоматики. У нормотоников АД снижают на 10%, но не ниже 100 мм рт.ст., у больных с гипертонией — не более чем на 25–30% от исходного уровня. Максимальная доза (скорость введения) нитроглицерина — 400 мкг/мин.

- **Только для врачебных бригад!** Начать лечение β-адреноблокаторами (**учитывать противопоказания!**). Предпочтительно первоначальное в/в введение, особенно у больных с ишемией миокарда, которая сохраняется после в/в введения наркотических анальгетиков или рецидивирует, АГ, тахикардией или тахиаритмией, не имеющих СН и других противопоказаний к β-адреноблокаторам.

### **Б. Предполагается выполнение первичного ЧКВ**

Нагрузочная доза клопидогрела должна быть увеличена до 600 мг.

Целесообразность парентерального введения антикоагулянта и выбор препарата зависит от особенностей дальнейшего лечения в стационаре:

- при планируемом ЧКВ с использованием НФГ или бивалирудина может быть в/в введен НФГ

- при планируемом ЧКВ с использованием эноксапарина можно в/в ввести эноксапарин болюсом в дозе 0,5 мг/кг или отложить начало его применения до поступления в стационар.

### **В. ТЛТ на догоспитальном этапе**

Проводится при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. Начать ТЛТ следует как можно раньше, желательно в ближайшие 30 минут после прибытия бригады СМП.

При применении стрептокиназы в качестве антикоагулянта лучше использовать фондапаринукс или эноксапарин; при наличии противопоказаний к длительному использованию антикоагулянтов (тяжелая почечная недостаточность, высокий риск кровотечений) решение о целесообразности парентерального введения препаратов этой группы желательно отложить до поступления в стационар.

При применении фибринспецифичных тромболитиков необходимо парентеральное введение антикоагулянтов. Предпочтительным является эноксапарин; при тяжелой почечной недостаточности, высоком риске кровотечений, следует использовать НФГ.

### **В. Предполагается ТЛТ в стационаре**

От парентерального введения антикоагулянта следует воздержаться.

### **Г. Проведение реперфузионной терапии не предполагается**

Решение о целесообразности парентерального введения антикоагулянтов может быть отложено до поступления в стационар.

### **Д. Особые ситуации**

У больных, принимающих антагонисты витамина К или новые пероральные антикоагулянты (апиксабан, дабигатрана этексилат или ривароксабан), решение о целесообразности парентерального введения антикоагулянтов должно быть отложено до поступления в стационар.